FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1930 — **THÈSE** N° 232

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Raphaël LE TALLEC
né le 23 avril 1906 à Questembert (Morbihan)
Ancien Interne des Hôpitaux de Rennes

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

CONSERVATION DES OVAIRES

DANS LES

HYSTÉRECTOMIES

Président : M. LEJARS, *Professeur*

PARIS
LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1930 — **THÈSE** N° _

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Raphaël LE TALLEC
né le 23 avril 1906 à Questembert (Morbihan)
Ancien Interne des Hôpitaux de Rennes

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA

CONSERVATION DES OVAIRES

DANS LES

HYSTÉRECTOMIES

Président : M. LEJARS, *Professeur*

PARIS
LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1930

LE DOYEN. . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiatrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
De GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GARNIER	Pathologie expérimentle.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MERCIER (Fernand)	Pharmacologie.
MILLOT	Histologie.
MONDOR	Pathologie chirurgicale
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIEDELIÈVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
BUSQUET	Pharmacologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique
NEVEU LEMAIRE	Parasitologie.
RETTERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM		MM	
ABRAMI . . .	Clinique médicale.	CHEVASSU . .	Clinique chirurgicale.
CHIRAY. . . .	Clinique médicale.	HEITZ BOYER	Clinique chirurgicale.
DEBRE	Clinique médicale.	MATHIEU. . .	Clinique chirurgicale.
DUVOIR. . . .	Clinique médicale.	MOCQUOT . .	Clinique chirurgicale.
FIESSINGER .	Clinique médicale.	PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE . .	Clinique médicale	SCHWARTZ. .	Clinique chirurgicale.
LERI	Clinique médicale.	LE LORIER . .	Clinique obstétricale.
AUVRAY . . .	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL .	Clinique obstétricale.
BASSET . . .	Clinique chirurgicale.	METZGER. . .	Clinique obstétricale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire.	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur LEJARS

Professeur de Clinique chirurgicale
Chirurgien de l'Hôpital St-Antoine

A qui nous exprimons notre respectueuse reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE RENNES

Monsieur le Professeur FOLLET
Directeur de l'Ecole de Médecine
Professeur de clinique médicale

Monsieur le Professeur LE DAMANY
Professeur de Clinique médicale

Dont nous avons été l'interne.

Monsieur le Professeur CHEVREL
Professeur de Clinique infantile

Dont nous avons été l'interne.

A Monsieur le Professeur QUENTIN

A Monsieur le Professeur BOURDINIÈRE

A Monsieur le Professeur PELLÉ

A Monsieur le Professeur DAYOT

Professeur de Clinique chirurgicale

A Monsieur le Professeur MARQUIS

Professeur de Clinique chirurgicale

A Monsieur le Docteur BAUDET

A Monsieur le Docteur LE GAL LA SALLE

A Monsieur le Docteur FÉREY

Ancien Interne des Hôpitaux

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse.

INTRODUCTION

La castration chez la femme en dehors de tout but thérapeutique a été pratiquée dans l'antiquité. Sémiramis serait la première de l'Histoire à qui l'on aurait enlevé les ovaires. Les Romains châtraient parfois les femmes de plaisir. On ne sait pas en quoi consistait cette opération ; on peut aussi se demander quel but ils poursuivaient.

Déjà cependant on voit posées certaines indications thérapeutiques de la castration ; Hippocrate la croit indiquée dans la goutte, Galien, Fracartorus la jugent utile dans la lèpre, on l'ordonne dans la folie ; les ovaires sont encore enlevés pour réfréner les passions trop vives.

La première ovariotomie double faite dans un but non fantaisiste fut réalisée par J.-L. Astlee, en 1843 pour kystes ovariens. Jusqu'en 1892, on est surtout radical. Les premières interventions conservatrices apparaissent néanmoins en 1884 ; Schrœder, Martin, en Allemagne, Murphy, Polk en Amérique, Terrillon, Lucas-Championnière en France, se font les apôtres de la tendance nouvelle. De nombreuses statistiques se montrent favora-

bles à la chirurgie conservatrice, les opérations qui s'en réclament sont discutées dans les Sociétés et Congrès de Chirurgie ; elle est défendue à Madrid en 1903. En 1907 la conservation des ovaires dans les hystérectomies est discutée à la Société de gynécologie et obstétrique ; Doléris la traite de « fétichisme thérapeutique », Delbet, Lepage lui sont hostiles ; Legueu, Schwartz plus ou moins favorables.

Les thèses de Montpelier Py (1909), Remussat (1911) ; les Thèses de Lyon, Denave (1912), Ollivier (1912), Couvert (1914), exaltent la thèse conservatrice.

A l'étranger l'idée fait du chemin. Au Congrès international d'obstétrique et gynécologie de St-Pétersbourg (1910) les Russo-Allemands lui sont favorables. Au Congrès de la Société d'obstétrique de France, Funck-Brentano et Planchu l'encouragent.

Un peu négligée de 1914 à 1918 la question de la chirurgie conservatrice est revenue d'actualité. De nombreux chirurgiens insistent sur la nécessité de conserver intactes l'innervation et l'irrigation de l'ovaire si on veut obtenir un bon rendement physiologique, éviter sa dégénérescence. De nombreuses statistiques ont vanté les résultats de l'hystérectomie subtotale haute, de l'hystérectomie fundique. Les greffes ovariennes ont pris une vogue considérable (travaux de Moriss (1895), de Martin à l'étranger, de Mauclaire, Tuffier, Delagenière en France). Les méthodes nouvelles (pneumo-péritoine, injections de lipiodol) permettent d'en mieux poser les indications.

Aussi la chirurgie conservatrice continue-t-elle à

progresser. Si l'enthousiasme a tombé, c'est que les indications se sont précisées. Il faut être éclectique avec discernement. A ce sujet les statistiques publiées par Ballard, Aldridge, Werner et Stiglbauer, Folke Hotz ces dernières années nous offrent des opinions de nationalités diverses. Elles ont permis à Rouffart à la Société de Gynécologie et Obstétrique en 1921 une mise au point. Clark John et Norris en 1922, soulignent l'utilité de conserver si possible les trompes dans ce but. Le docteur Ferey publie un article dans ce sens dans la *Gazette médicale de France* (15 janvier 1929) et reprend la question au 38e congrès de l'Association française de chirurgie (7-12 octobre 1929).

On est radical ou conservateur en gynécologie suivant l'idée que l'on se fait de l'importance de la sécrétion ovarienne et des troubles consécutifs à l'oophorectomie ; un troisième facteur intervient encore : il s'agit de savoir si les ovaires laissés en place conservent leur physiologie normale ou s'ils dégénèrent sûrement.

Nous nous demanderons donc pourquoi certains chirurgiens sont hostiles à la conservation des ovaires. Nous nous efforcerons de mettre en lumière le rôle capital de ces organes en tant que glandes endocrines.

Au cours de l'hystérectomie doit-on conserver les ovaires ou au moins un ovaire ? Si oui dans quelles conditions. Peut-on se montrer satisfait des résultats obtenus ?

CHAPITRE PREMIER

L'ovaire glande endocrine. Ses relations avec les autres glandes et le grand sympathique

Des expériences faites par Tzovaru, de Bucarest, il ressort que les ovaires ont :

1) Une action cardio vasculaire (hypotension).

2) Une action sur le sang. Hématies et hémoglobine augmentent après injection d'extraits ovariens. Après l'ovariotomie ou à la ménopause la chaux augmente dans le sang, le sodium reste au même taux, le potassium diminue. Le rapport alcalino-terreux est abaissé.

3) Une action sur les toxines (rôle antitoxique).

4) Une action sur la nutrition (accroissement après administration d'extraits ovariens des éliminations calcique-phosphatée-azotée.

5) Une action sur le métabolisme basal. Le métabolisme, les échanges gazeux augmentent après absorption de produits ovariens. Il y a souvent augmentation de l'appétit.

6) Une action thermogène. Les extraits ovariens en injection font baisser la température.

7) Une action sympathique (Bradycardie).

Il suffit d'autre part d'examiner la femme aux diverses périodes de sa vie aux points de vue somatique,gynécologique,psychique,pour se persuader que toutes les modifications corporelles, sexuelles, mentales qu'elle présente sont pour une bonne part sous la dépendance des hormones ovariennes parmi lesquelles Maron distingue :

1° Des hormones génitales provenant du corps jaune et agissant sur la menstruation et la gravidité ;

2° Des hormones sexuelles élaborées par les follicules et les cellules interstituelles et dont dépendent les caractères sexuels secondaires ;

3° Des hormones générales produites par ces formations et les autres glandes endocrines. Car des rapports intimes unissent les glandes endocrines, le sympathique, le parasympathique, le système nerveux central.

A la puberté. — Le corps thyroïde augmente de volume. Il subit une poussée congestive à chaque menstruation. Il varie avec l'état du sens génésique, sa mensuration avant et après le 1er coït permettrait de juger de la défloration ! La chorée et la tétanie des femmes enceintes seraient en relation avec des troubles sécrétoires de cette glande et la maturité sexuelle est intimement liée à son développement normal. Les goîtres endémiques s'installent avant la ménopause, on sait encore qu'il y a souvent aménorrhée dans la maladie de Basedow.

L'hypophyse augmente de volume à la puberté. Le syndrome adiposo-génital met bien en relief les rapports de cette glande avec les glandes génitales.

L'hypopituitarisme détermine de l'infantilisme sexuel. L'hyperpituitarisme provoque la puberté précoce, un accroissement de l'appétit sexuel.

La suppression de l'épiphyse, sa destruction par une tumeur produirait le même effet (syndrome de macro-génitosomie précoce, Lereboullet)

La surrénale augmente à l'occasion de la 1re menstrue ; son altération peut entraîner de l'hirsutisme. Les glandes salivaires, le foie, la rate, les reins, seraient aussi le siège d'une hyperhémie assez marquée à l'occasion du 1er flux cataménial.

Au cours de la gestation et de la lactation. — La glande thyroïde s'hypertrophie. La chorée, la tétanie, l'éclampsie en rapport avec un trouble du métabolisme du calcium révèlent une certaine viciation de la sécrétion parathyroïdienne.

Le thymus a un rôle très effacé.

Le lobe antérieur de l'hypophyse fonctionne plus activement. Il déterminerait parfois une augmentation passagère de la face et des extrémités ! L'hormone du lobe postérieur a une action contractile sur l'utérus à à la fin de la grossesse.

La glande pinéale deviendrait arrondie, elle serait cause de certaines ostéopathies.

L'hyperactivité des surrénales est manifeste et se traduit par une hyperpigmentation de la face de certains

organes (foie-ovaires) de l'hyperadrénalinémie et de l'hypertension artérielle.

L'ablation de la glande mammaire pendant la grossesse entraîne de la glycosurie.

Au niveau du pancréas on note une augmentation des cellules de Langherans.

Il y aurait au cours de la gestation une certaine fragilité hépatique se traduisant par des ictères de gravité variable.

Après la castration. — Glandes mammaires, utérus s'atrophient. Les os du bassin deviennent plus minces. La voix change de timbre. Certains auteurs prétendent qu'il existe à ce moment une hyperhémie vicariante de l'écorce surrénale, du corps thyroïde, du lobe antérieur de l'hypophyse. Les seins augmentent surtout s'ils sont en lactation, mais ils ne tardent pas à s'atrophier. La ménopause est avant tout caractérisée par une insuffisance fonctionnelle des glandes à sécrétion interne.

Abrand, dans son étude comparative des troubles consécutifs à l'hystérectomie et à l'oophorohystérectomie, conclut : « Les glandes endocrines forment un tout, leur antagonisme les équilibre. Aucune n'est seule à assurer une fonction. Leur action s'exerce par le sympathique. Possesseur d'une cœnesthésie obscure celui-ci par ses connexions avec le système nerveux central intervient dans la vie psychique. Le désordre psychique est un reflet du sien. La femme castrée est une boiteuse endocrinienne. Il faut donc quand on le peut lui conserver les ovaires ou au moins un ovaire ».

CHAPITRE II

Arguments des adversaires de la conservation

Les adversaires de la chirurgie conservatrice prétendent qu'il y a une première catégories d'opérées qui n'éprouvent ni accidents ni malaises ni troubles d'aucune sorte après castration double. Cette ménopause artificielle et prématurée n'affecte pas fâcheusement les femmes d'un âge avancé sauf exception.

Il y aurait selon eux une autre classe d'opérées jeunes chez lesquelles l'ablation des ovaires n'entraîne pas plus de troubles que chez les précédentes à moins que l'on appelle troubles, vapeurs, rougeurs, émotivité, ébranlement léger qui reparaissent pendant quelques mois à l'occasion du molimen menstruel supprimé.

Reste une troisième catégorie de femmes qui continuent à souffrir ou présentent des troubles nerveux exagérés : névralgies pelviennes à irradiations lombaires, troubles gastro-intestinaux, vésicaux, rectaux.

Pour ces chirurgiens les ovaires laissés en place sont presque toujours le siège d'une congestion menstruelle

intense génératrice de violentes douleurs, très souvent ils s'infectent ou subissent des transformations kystiques, fibromateuses ou cancéreuses obligeant à de nouvelles interventions.

Les observations rapportées dans les thèses de Ferry de Lyon, de Lasmole de Bordeaux, le tableau comparatif que nous produisons des troubles consécutifs à l'hystérectomie simple et à l'oophoro-hystérectomie nous permettent d'affirmer que les adversaires de la conservation des ovaires sont trop optimistes quand ils font le bilan des troubles consécutifs à la castration ovarienne, exagérément pessismistes quand ils parlent des transformations que subissent ovaires et trompes laissés en place, des troubles occasionnés par la conservation de ces organes.

Nous croyons que les bons effets de la conservation sont obtenus au maximum et les inconvénients le plus réduits quand on a réussi à conserver le plus possible intact l'état anatomique normal de l'ovaire.

CHAPITRE III

—

Techniques opératoires

Les techniques qui permettent de conserver les ovaires sont nombreuses.

Par l'une d'elles on passe entre la trompe et l'ovaire, elle est décrite dans tous les ouvrages de technique opératoire ; les résultats ne sont pas très satisfaisants, nous n'y insisterons pas.

Bien meilleure la méthode dite de la salpingectomie rétrograde sous-séreuse du Pr Villard de Lyon exposée très complètement dans la thèse de son élève Labry (Lyon, 1926).

L'opération décrite par le Pr Lecène sous le nom d'hystérectomie fundique est aussi des plus satisfaisantes.

Depuis plusieurs années le Dr Page, de St-Malo, a une technique un peu spéciale que le Dr Ferey qui nous inspire cette thèse a d'ailleurs adoptée, et qui donne des

résultats suffisamment bons pour qu'il soit intéressant d'en parler.

Cette méthode est des plus simples. Il s'agit de conserver en entier les annexes : la trompe et l'ovaire, soit d'un côté, soit des deux, si les organes sont sains.

On passe un catgut qui lie ensemble l'extrémité interne de la trompe près de la corne utérine et le ligament utéro-ovarien : on coupe entre la ligature et l'utérus ; on lie ensuite le ligament rond près de l'utérus et l'on continue l'hystérectomie suivant le procédé de choix du chirurgien.

Celle-ci terminée, qu'elle ait été totale ou subtotale, il reste deux pédicules supérieurs formés par l'extrémité interne de la trompe et la partie juxta utérine du méso-salpinx ; deux pédicules moyens formés par l'extrémité interne du ligament rond et enfin les utérines.

On garde la trompe parce qu'il est démontré par une pratique de 28 ans (Dr Page), de 6 ans (Dr Ferey) qu'il n'y a aucun danger à la conserver, parce que l'opération est simplifiée, parce qu'ainsi l'état anatomique normal de l'ovaire c'est-à-dire sa situation, sa vascularisation, son innervation, ses rapports avec la trompe, est conservé au maximum.

En effet que se passe-t-il lorsque l'on veut enlever la trompe et garder l'ovaire ? on coupe trop près de l'ovaire ; on sectionne ou on lie une branche importante de l'artère utéro-ovarienne. L'ovaire privé ainsi de sa vascularisation tend à devenir scléreux ou scléro-kystique.

La circulation veineuse est aussi modifiée. Lorsque l'on tend sur le vivant le méso-salpinx on voit de nom-

breux lacis veineux. Il est impossible lorsqu'on lie le méso-salpinx entre la trompe et l'ovaire, de ne pas troubler profondément la circulation de retour. Cette gêne n'est pas sans retentir sur la vitalité de l'ovaire.

Quant à son innervation elle est certainement également troublée. Il est impossible de ne pas enserrer dans la ligature les filets nerveux sympathiques de l'ovaire. Pour toutes ces raisons nous jugeons préférable la technique que nous venons de décrire.

La péritonisation est plus simple, si l'on peut dire que dans l'hystérectomie avec ablation des annexes ; car après avoir enfoui le pédicule formé par l'extrémité interne de la trompe, les ligaments larges étant intacts (on a tout juste enlevé l'utérus) on peut bien souvent les suturer l'un à l'autre et refaire un petit bassin séparé en deux par les ligaments larges.

CHAPITRE IV

—

Que deviennent les ovaires et les trompes laissés en place ?

On a prétendu que les ovaires et les trompes épargnés étaient souvent la cause de douleurs, le siège de transformations, inflammations, dégénérescences variées. Cela peut être vrai avec les techniques opératoires qui ne ménagent que partiellement l'état anatomique de l'ovaire, quand on étend exagérément les indications de la conservation des ovaires.

Les Drs Page et Ferey n'ont jamais eu l'occasion de réintervenir chez leurs malades hystérectomisées qui étaient en même temps appendicectomisées. Ces malades examinées dans les mois ou les années qui ont suivi l'opération, ont présenté souvent au palper bimanuel, dans les premiers mois après l'intervention, une légère augmentation des annexes. Celles-ci occupent en général non plus les culs-de-sac latéraux, mais le fond du Douglas. Pendant les premiers mois aussi au mo-

ment de la date des règles, la malade accuse assez souvent une légère sensibilité que l'on peut réveiller par la pression profonde et c'est tout. Des malades opérées à 34, 36, 38 ans ont eu leur ménopause vers quarante-cinq ans. Ces femmes ont actuellement dépassé la soixantaine et n'ont jamais souffert de leur ventre.

CHAPITRE V

—

Les résultats

Influence sur la menstruation

Environ 10 % de ces hystérectomies subtotales, lorsque la section de l'utérus a été faite, soit au niveau de l'isthme, soit un peu au-dessus, ont revu régulièrement leurs règles. Celles-ci sont en général moins abondantes que les règles normales. Trois malades suivies de plus près, ont continué à être réglées pendant 5, 6 et 8 ans après l'hystérectomie subtotale, la ménopause s'étant effectuée à 45 ans dans les trois cas. La persistance des règles n'est d'ailleurs pas nécessaire pour éviter les troubles de la ménopause chirurgicale. La plupart des malades, 90 %, n'ont pas revu leurs règles et cependant la grande majorité n'a pas ressenti les troubles si pénibles qui suivent l'ovariectomie double.

Influence sur le métabolisme

La conservation des ovaires joue un rôle capital dans le métabolisme des graisses. La plupart des opérées par

la technique que nous préconisons augmentent légèrement de poids dans les deux ou trois mois qui suivent l'opération.

Cela s'explique facilement ; le plus souvent la femme a souffert, a eu des hémorragies abondantes ; elle a maigri et après l'intervention elle revient en quelques mois à son poids normal, le dépasse légèrement puis se stabilise au poids qu'elle avait auparavant.

Influence sur les glandes endocrines et le sympathique

Malgré la conservation des ovaires, il y a une période de 4 à 5 mois pendant laquelle les malades présentent par instant de légers vertiges, des maux de tête, quelques bouffées de chaleur. Mais ces troubles sont infiniment moins sérieux que lorsqu'on a enlevé les ovaires, et surtout durent moins longtemps. La proportion qui est de 80 à 85 %, tombe à 33 % avec notre technique. On a signalé après les ovariectomies, des hyperthyroïdies, des phénomènes d'hypertension ; rien de semblable chez les malades qui ont conservé leurs ovaires.

Influence sur le psychisme

Là encore l'ovaire joue un rôle considérable et l'on ne voit pas à moins de femme prédisposée, ces irritations nerveuses, ces asthénies physiques et intellectuelles, ces pertes de mémoire, ces inquiétudes que l'on rencontre assez souvent pendant une période assez courte du reste, chez les femmes ovariectomisées.

Influence sur le sens génital

Très difficile à apprécier ; si dans quelques cas l'appétit sexuel est augmenté, le plaisir sexuel également, il est de nombreux cas où il n'a été nullement modifié ; exceptionnellement diminué.

CHAPITRE VI

—

Les indications

Quel que soit l'âge de la malade, il importe de conserver les ovaires. Il est bien probable, les expériences des physiologistes modernes tendent à le démontrer que les règles supprimées, les ovaires continuent à jouer un rôle considérable dans l'organisme féminin. Donc chez toutes les femmes même celles qui sont proches de leur ménopause, même celles qui l'ont dépassée, il faut garder les annexes. Non seulement l'opération n'est pas plus compliquée mais l'on peut même avancer qu'elle en est simplifiée.

Les principales indications sont :

1° Les fibromes;
2° Les grossesses extra-utérines ;
3° Les salpingites strictement unilatérales;
4° Les métrites hémorragiques ;
5° Les hystérectomies nécessitées au cours d'une césarienne par des manœuvres intra-utérines pratiquées avant l'intervention ;
6° Les ruptures de l'utérus par traumatisme quelconque ou obstétrical.

OBSERVATIONS

Hystérectomies et conservation des ovaires

1° Mme L..., 51 ans. *Hystérectomie pour fibrome utérin. Conservation des ovaires.*

Intervention le 10 août 1926.

Incision médiane sous-ombilicale courte. Ligature de la trompe et du ligament utéro-ovarien droits près de l'utérus, ligature du ligament rond droit, de l'utérine droite. On sectionne le col utérin aux ciseaux. Conservation des annexes gauches. Le col est gros, on l'évide largement au bistouri, petit surjet au catg. 1 sur sa tranche qui saigne en nappe. Péritonisation et enfouissement des moignons vasculaires.

Ablation de l'appendice après ligature du méso, double ligature de l'appendice à sa base (même fil) et écrasement. Pas d'enfouissement. Fermeture de la paroi au catgut, surjet en lacet de soulier. Surjet au fil de lin sur la peau.

Examen de la malade en septembre 1929. *3 ans après l'opération.*

Elle n'est plus réglée, n'a pas engraissé, n'a ni vertiges, ni bouffées de chaleur, ne souffre pas.

2° Mme L..., 41 ans. *Hystérectomie pour fibrome. Conservation des ovaires.*

Intervention le 20 août 1926.

Incision médiane sous-ombilicale. Extériorisation facile du fibrome ; ligature première des pédicules au catgut 2 chromé. Conservation des annexes droites et gauches. Section aux ciseaux de l'utérus au niveau de l'isthme en creusant. Péritonisation et enfouissement des pédicules. Ablation de l'appendice, ligature du méso, double ligature de l'appendice à sa base, écrasement, pas d'enfouissement. Suture de la paroi au catgut 2 chromé, surjet en lacet de soulier.

Examen de la malade en septembre 1929, *3 ans après l'opération.*

Elle n'est plus réglée, n'a pas engraissé, n'a ni vertiges ni bouffées de chaleur, ne souffre pas.

3° Mlle L..., Georgette, 28 ans. *Hystérectomie, métrite et salpingite g. Conservation des annexes droites.*

Intervention le 17 février 1927.

Incision médiane sous-ombilicale. On trouve, à droite, un kyste appendu à la trompe, gros comme une noix, on l'ouvre. La trompe est d'apparence normale, l'ovaire également, quelques fausses membranes les maintiennent fixés à la paroi. A gauche, au contraire, les annexes sont plus volumineuses et complètement entourées d'adhérences. Le fond utérin est complètement dépoli, comme si une partie du péritoine avait été enlevée. Comme l'utérus semble malade et que les annexes gauches doivent être enlevées on fait une hys-

térectomie mais en conservant intégralement la trompe et l'ovaire droits que l'on coupe près de la corne utérine droite. Hystérectomie sub-totale. Ligature des pédicules au K³. Péritonisation soigneuse du petit bassin, on n'enlève pas l'appendice. Petit drain. Fermeture de la paroi au catgut, crins sur la peau.

Examen de la malade en septembre 1929, *2 ans 1/2 après l'opération.*

Elle n'est plus réglée, a un poids normal, a des vertiges et quelques bouffées de chaleur, ne souffre pas.

4° Mme C... Françoise, 48 ans. *Hystérectomie pour fibrome. Conservation des ovaires.*

Intervention le 13 janvier 1926.

Incision médiane sous-ombilicale et passant un peu à gauche de l'ombilic. Extériorisation du fibrome ; ligature première des pédicules utéro-ovariens, droit et gauche, au catgut 2, on libère le péritoine sur la face antérieure de l'isthme utérin. Conservation des annexes. On pince les 2 utérines, on coupe le col en travers au bistouri, ligature des utérines catgut 2. Pas d'évidement du col. Péritonisation, catgut 2.

Ablation de l'appendice après écrasement, ligature du méso et de l'appendice avec le même fil ; pas d'enfouissement. Suture du péritoine et des muscles, catgut 2, en lacet de soulier. Surjet au fil de lin sur la peau. Fibrome 12 livres.

Examen de la malade en septembre 1929, près de *3 ans après l'opération.*

Elle n'est plus réglée, n'a pas engraissé, n'a plus ni bouffées de chaleur ni vertige et ne souffre pas.

5° Mme R... Célestine, 48 ans. *Hystérectomie pour néo du col. Conservation des ovaires.*

Intervention le 14 juillet 1927.

Anesthésie à l'éther. Incision médiane sous-ombilicale. Ligature première des pédicules utéro ovariens près de l'utérus et des ligaments ronds au catgut. Pince sur l'utérine, ouverture du vagin et iodage. Ligature de l'utérine ; surjet circulaire hémostatique sur le vagin ; péritonisation. Un drain dans le Douglas. Fermeture de la paroi, surjet en lacet de soulier catgut 2. Surjet au fil de lin sur la peau.

Examen de la malade en septembre 1929, *2 ans après l'opération.*

N'est plus réglée, n'a pas engraissé, n'a ni vertiges, ni bouffées de chaleur, souffre peu au niveau de la cicatrice.

6° Mme C..., 48 ans. *Hystérectomie pour métrite hémor. Conservation des ovaires.*

Intervention le 1er octobre 1929.

Incision médiane sous-ombilicale. Anest. Chloroforme.

Utérus un peu gros mais régulier, annexes parfaitement saines. Hystérectomie sub-totale avec conservation des ovaires. Fermeture de la paroi, surjet catgut 2, en lacet de soulier après appendicectomie sans enfouissement.

Examen de la malade en septembre 1929, *2 ans après l'opération.*

Elle n'est plus réglée, n'a pas engraissé, n'a ni vertige ni bouffées de chaleur, ne souffre pas du tout.

7° Mme N..., 48 ans. *Hystérectomie pour métrite hémorragique. Conservation des annexes droites.*

Intervention le 8 octobre 1927.

Incision médiane sous-ombilicale. Utérus légèrement plus volumineux que normalement, régulier, mou. Annexes droites normales sont conservées. Hystérectomie sub-totale. Ablation des annexes gauches légèrement adhérentes au sigmoïde. Fermeture du col au catgut après avoir iodé la muqueuse restante. Péritonisation du petit bassin, on n'enlève pas l'appendice. Fermeture de la paroi, surjet en lacet de soulier catgut 2.

Examen de la malade en septembre 1929, *2 ans après l'opération.*

Elle n'est plus réglée, est revenue au poids normal, a des vertiges, des bouffées de chaleur, ne souffre plus.

8° Mlle D..., 45 ans. *Hystérectomie pour fibrome. Conservation des ovaires.*

Intervention le 15 novembre 1927.

Incision médiane sous-ombilicale. Utérus de volume sensiblement normal ; à la face antérieure du col on trouve un petit fibrome sous-muqueux. Hystérectomie sub-totale avec conservation des ovaires ; le col saigne un peu. Pas d'appendicectomie.

Examen de la malade en septembre 1929, *près de 2 ans après l'opération*.

Elle n'est plus réglée, est revenue à l'état normal, a des vertiges mais pas de bouffées de chaleur ; souffre peu.

9° Mme F..., 45 ans. *Hystérectomie pour fibrome. Conservation des ovaires.*

Intervention le 4 octobre 1927.

Anesthésie au chloroforme. Incision médiane sous-ombilicale. On trouve un utérus triple du volume normal, lisse, régulier. Hystérectomie rapide en raison de la très grande faiblesse de la malade. Suture du col utérin, conservation des ovaires. Surjet au catgut sur la paroi.

Coupe de la pièce : fibrome de la grosseur d'une orange dont 1/4 fait saillie dans la cavité utérine et a érodé la muqueuse.

Examen de la malade en septembre 1929, 2 ans après l'opération.

Elle n'est plus réglée, n'a pas engraissé, a des vertiges et quelques bouffées de chaleur, ne souffre pas.

10° Mlle V... Clémentine, 44 ans. *Hystérectomie pour fibrome. Conservation des ovaires.*

Intervention le 16 janvier 1928.

Anesthésie au chloroforme. Incision médiane sous-ombilicale. Hystérectomie par le procédé américain, conservation des annexes; péritonisation ordinaire. Appendicectomie.

Examen de la malade en septembre 1929, *20 mois après l'opération.*

Elle n'est plus réglée, n'a pas engraissé, a des vertiges et des bouffées de chaleur, ne souffre pas.

11° Mlle L... Marie Joseph, 32 ans. *Hystérectomie pour fibrome. Conservation des ovaires.*

Intervention le 9 janvier 1928.

Anesthésie au chloroforme. Incision médiane sous-ombilicale. Hystérectomie sub-totale, conservation des annexes ; péritonisation, ablation de l'appendice. Fermeture de la paroi au catgut 2, surjet en lacet de soulier. Fil de lin sur la peau.

Examen de la malade en septembre 1929, *20 mois après l'opération.*

Elle n'est plus réglée, n'a pas engraissé, n'a plus ni vertiges, ni bouffées de chaleur, ne souffre pas.

12° Mme T..., 21 ans. *Ablation des annexes gauches, salpingite. Conservation des annexes droites.*

Intervention le 31 mars 1927.

Anesthésie au chloroforme. Incision médiane sous-ombilicale, utérus rétroversé, quelques adhérences lâches, annexes droites normales, ovaire un peu kystique. A gauche l'ovaire est enveloppé dans des adhérences lâches, la trompe est absolument collée par son pavillon qui suce le fond du Douglas, au moment où on libère la trompe, un peu de pus s'écoule. Ablation des annexes gauches. Un point de péritonisation dans la profondeur à l'endroit adhérent ; petit drain dans le

Douglas. Fermeture du péritoine et des muscles au catgut.

Examen de la malade en septembre 1929, *2 ans 1/2 après l'opération.*

Elle est réglée régulièrement, n'a pas engraissé, n'a plus ni vertige, ni bouffées de chaleur, ne souffre aucunement.

13° Mme L... Aurélie, 41 ans. *Hystérectomie pour fibrome. Conservation des ovaires.*

Intervention en mars 1928.

Très gros fibromes, un pédiculé, l'autre sessile enclavé dans le petit bassin. Hystérectomie sub-totale avec conservation des annexes. Très grosses veines. Pas d'appendicectomie.

Examen de la malade en septembre 1929, *18 mois après l'opération.*

Elle n'est plus réglée, n'a pas engraissé, n'a pas de vertiges et peu de bouffées de chaleur ; ne souffre pas.

14° Mme D... Marie, 47 ans. *Hystérectomie pour fibrome. Conservation des ovaires.*

Intervention le 24 avril 1928.

Incision médiane sous-ombilicale.

Fibromes multiples. Ligature première des pédicules, utérines comprises, conservation des annexes, évidement du col, péritonisation facile au catgut 1. Ablation de l'appendice, sans enfouissement. Mauvaise paroi, surjet au catgut 2 en lacet de soulier. Points séparés au crin sur la peau.

Examen de la malade en septembre 1929, *17 mois après son opération.*

Elle n'est plus réglée, a engraissé de 8 livres, n'a ni vertiges, ni bouffées de chaleur, souffre rarement.

15° Sœur V..., 40 ans. *Hystérectomie sub-totale. Fibrome. Conservation des ovaires.*

Intervention le 16 avril 1928.

Hystérectomie sub-totale assez difficile, fibrome dans le cul-de-sac droit se laissant mal extérioriser ; on ne ferme pas le col. Péritonisation difficile mais finalement très bonne ; appendicectomie. Fermeture de la paroi, surjet en lacet de soulier, catgut 2. Points séparés sur la peau.

Examen de la malade en septembre 1929. *17 mois après l'opération.*

Elle n'est plus réglée, a grossi, n'a ni vertiges ni bouffées de chaleur, ne souffre plus.

16° Mme G..., 31 ans. *Kyste de l'ovaire gauche, ablation. Conservation 1/2 ovaire droit et trompe.*

Intervention le 3 mars 1928.

Gros kyste de l'ovaire, ablation des annexes gauches, pas d'appendicectomie.

Réintervention en février 1929 pour petit kyste de l'ovaire droit et prolapsus utérin.

Incision médiane sous-ombilicale. Très petite adhérence de l'épiploon en haut de la cicatrice, près de l'ombilic. L'endroit où la section a porté sur les annexes gauches est parfait. Petit kyste de l'ovaire droit ; ré-

section cunéiforme de l'ovaire dans sa partie interne, enlevant le kyste ; il reste environ 1/2 de l'ovaire. Ablation de l'appendice petit et adhérent, ligature au catgut 0, écrasement, iodage. Fixation utérine.

Fermeture de la paroi au catgut 2, surjet au fil de lin sur la peau.

Examen de la malade en septembre 1929, *7 mois après, 2e intervention.*

Elle est réglée tous les mois, n'a pas engraissé, n'a ni vertiges, ni bouffées de chaleur ; souffre au niveau de la fixation interne et du côté gauche du ventre au moment des règles.

17° Mme H..., 43 ans. *Hystérectomie pour fibrome. Conservation des annexes gauches.*

Intervention le 5 juillet 1928.

Anesthésie au balsoforme. Incision médiane sous-ombilicale. Utérus gros, fibromateux, présentant un fibrome développé au niveau de la paroi postérieure et plongeant dans le Douglas Accolé à lui, l'ovaire droit est un peu plus gros qu'un œuf de poule. Hystérectomie sub-totale avec conservation de l'ovaire gauche. Evidement large du col utérin qui est gros ; teinture d'iode, fermeture du col au catgut. Péritonisation soigneuse. Appendicectomie, ligature, écrasement, non enfouissement. Fermeture du péritoine et des muscles au catgut 2. Agrafes sur la peau.

Examen de la malade en septembre 1929, *14 mois après l'opération.*

Elle n'est plus réglée, n'a pas engraissé, n'a plus de vertige ni de bouffées de chaleur, ne souffre plus.

18° Mme S..., 53 ans. *Hystérectomie pour fibrome. Conservation des ovaires.*

Intervention le 15 juin 1928.

Anesthésie au balsoforme. Hystérectomie sub-totale avec conservation des annexes. Appendicectomie sans enfouissement.

Examen de la malade en septembre 1929, *15 mois après l'opération.*

Pendant 5 mois réglée régulièrement et très bien, actuellement tous les mois quelques gouttes pendant 2 jours, elle n'a pas engraissé, n'a ni vertiges, ni bouffées de chaleur ; quelques douleurs dans le côté droit.

19° Mme B..., 49 ans. *Hystérectomie pour fibrome. Conservation des ovaires.*

Intervention le 19 juin 1928.

Hystérectomie sub-totale, conservation des annexes.

Examen de la malade en septembre 1929, *15 mois après l'opération.*

Elle n'est plus réglée, n'a pas engraissé, n'a ni vertige, ni bouffées de chaleur, ne souffre pas.

20° Mme D..., 48 ans. *Hystérectomie pour fibrome. Conservation des annexes gauches.*

Intervention le 28 août 1928.

Anesthésie au chloroforme. Incision médiane sous-ombilicale. Utérus petit, un noyau sur la face antérieure,

un autre sur la corne utérine droite. Ligature du pédicule utéro-ovarien droit et du ligament rond, ablation des annexes droites. Conservation des annexes gauches. Ligature des utérines, section du col très dur, fermeture au catgut 2 ; péritonisation complète et soigneuse des moignons catgut 2. Appendicectomie. Fermeture de la paroi, surjet au catgut 2, en lacet de soulier. Agrafes sur la peau.

Examen de la malade en septembre 1929, *1 an après l'opération.*

Elle n'est plus réglée, a engraissé de 6 kg. 500, n'a plus ni vertiges ni bouffée de chaleur, souffre parfois mais à la suite de fatigue.

21° Mme L..., 38 ans. *Hystérectomie pour fibromes. Conservation des ovaires.*

Intervention le 27 août 1928.

Anesthésie au balsoforme. Incision médiane sous-ombilicale, utérus soulevé par un fibrome développé dans le ligament large gauche et le Douglas. Ligature 1re des pédicules, conservation des ovaires. Hystérectomie sub-totale, péritonisation soigneuse. Appendicectomie. Fermeture de la paroi surjet au catgut 2 en lacet de soulier.

Examen de la malade en septembre 1929, *un an après l'opération.*

Elle n'est plus réglée, n'a pas engraissé, a quelques vertiges et bouffées de chaleur, ne souffre pas.

22° Mme B..., 38 ans. *Hystérectomie, utérus fibromateux et polypes. Conservation des annexes droites.*

Intervention le 25 août 1928.

Anesthésie au chloroforme. Incision médiane sous-ombilicale ; utérus très mou. Ligatures premières des pédicules droits ; conservation des annexes droites. Ablation des annexes gauches. Hystérectomie totale. Fermeture soigneuse du vagin après iodage et introduction d'une mèche. Péritonisation soigneuse. Appendicectomie. Fermeture de la paroi catgut 2.

Examen de la malade en septembre 1929, *1 an après l'opération.*

Elle n'est plus réglée, n'a pas engraissé, a des vertiges et des bouffées de chaleur mais seulement depuis 6 semaines, ne souffre pas.

23° Mlle A... Emilie, 45 ans. *Hystérectomie pour fibrome. Conservation des annexes droites.*

Intervention le 18 septembre 1928.

Incision médiane sous-ombilicale. Ligature première des pédicules, conservation des annexes droites. Ablation de la trompe et de l'ovaire gauches (ovaire entouré de fausses membranes). Ligatures des utérines. Fermeture du col au catgut 2 ; péritonisation. Ablation de l'appendice. Fermeture de la paroi, surjet au catgut 2 en lacet de soulier. Agrafes sur la peau.

Examen de la malade en septembre 1929, *1 an après l'opération.*

Elle n'est plus réglée, est revenue au poids normal,

n'a pas de vertiges, encore quelques bouffées de chaleur, quelques douleurs dans le côté gauche du ventre.

24° Mme N... Alice, 29 ans. *Hystérectomie pour métrite. Conservation des ovaires.*

Intervention le 16 novembre 1928

Anesthésie à l'éther. Incision médiane sous-ombilicale, annexes saines que l'on garde, ablation de l'utérus qui est gros, section au niveau de l'isthme, appendicectomie. Fermeture de la paroi au catgut 2. Bourdonnet, fermeture de la peau au fil de lin.

Examen de la malade en septembre 1929, *10 mois après l'opération.*

Elle n'est plus réglée, n'a pas engraissé, a des vertiges et des bouffées de chaleur, ne souffre pas.

25° Mlle P..., 45 ans. *Hystérectomie pour fibrome et kyste. Conservation des ovaires.*

Intervention le 16 janvier 1929.

Anesthésie balsoforme puis chloroforme, asphyxie, n'a pas dormi. On arrive péniblement dans ces conditions à extérioriser un kyste tendu, fissuré, qui laisse échapper comme du sérum sanguin ; dans le Douglas un gros fibrome est rattaché au fond de l'utérus par un large pédicule, il est très adhérent à la face antérieure du sacrum près du promontoire, extériorisation. Hystérectomie rapide et facile ; péritonisation. Ligature des pédicules, conservation des ovaires et des trompes. On constate alors qu'en rompant les adhérences on a déchiré une veine dans le ligament utéro-ovarien gauche :

ligature, peut-être l'ovaire en souffrira-t-il, on a été obligé de le saisir avec la pince en cœur. On lie ensuite par une double ligature, la large adhérence péritonéale partant du promontoire et qui était entièrement soudée au fibrome, saignement veineux très abondant. On explore minutieusement toute la cavité, plus rien ne saigne. On laisse l'appendice. On referme rapidement car la malade est toujours en très mauvais état. Très mauvais tissus, saignant facilement. Fermeture de la paroi, surjet au catgut en lacet de soulier, bourdonnet et agrafes sur la peau. Le kyste était développé aux dépens du fibrome et non de l'ovaire.

Examen de la malade en septembre 1929, *8 mois après l'opération.*

Elle n'est plus réglée, n'a pas engraissé, n'a pas de vertiges ni de bouffées de chaleur, ne souffre plus.

27° Mme B..., 49 ans. *Hystérectomie pour métrite hémorragique. Conservation des ovaires.*

Intervention le 26 janvier 1929.

Incision médiane sous-ombilicale ? Ligature première des pédicules utéro-ovariens et des ligaments ronds, conservation des trompes et des ovaires, ligature des utérines. Evidement du col utérin et fermeture. Péritonisation soigneuse. Appendicectomie, cæcum complètement immobilisé dans la fosse iliaque droite. Fermeture de la paroi au catgut 2. Bourdonnet, agrafes sur la peau.

Examen de la malade en septembre 1929, 8 *mois après l'opération.*

Elle n'est plus réglée, n'a pas engraissé, a peu de vertiges et de bouffées de chaleur, ne souffre qu'après un travail fatigant.

28° Mme B... Léontine, 40 ans. *Hystérectomie, néo du col au début. Conservation des ovaires.*

Intervention le 12 février 1929.

Rachianesthésie. Incision médiane sous-ombilicale. Ligature première des pédicules, conservation des annexes droites et gauches, ligature des utérines et des ligaments utéro-sacrés. Section du vagin à 1 centimètre en dehors du col, puis suture. Péritonisation soigneuse. Appendicectomie. Fermeture du péritoine et de la paroi, surjet au catgut 2 en lacet de soulier. Bourdonnet et agrafes sur la peau.

Examen de la malade en octobre 1929, *8 mois après l'opération.*

Elle n'est plus réglée, est revenue au poids normal, pas de vertiges ni de bouffées de chaleur, parfois douleur dans l'aîne gauche.

29° Mme B..., 56 ans. *Hystérectomie pour fibrome. Conservation des ovaires.*

Intervention le 15 février 1929.

Anesthésie au balsoforme. Incision médiane sous-ombilicale. Section du ligament rond droit d'abord puis de la trompe et du ligament utéro-ovarien près de l'ovaire ; ligature de l'utérine puis section du col. On pince ensuite l'utérine gauche et les ligaments rond et utéro-ovarien. Ligature au catgut 1, fermeture du col.

Péritonisation, appendicectomie. Fermeture de la paroi, surjet au catgut 2 en lacet de soulier. Bourdonnet et agrafes.

Examen de la malade en septembre 1929, *7 mois après l'opération.*

Elle n'est plus réglée, a un peu engraissé, a peu de vertiges et de bouffées de chaleur, ne souffre pas.

30° Mme L... Marie, 47 ans. *Hystérectomie pour fibrome. Conservation des annexes droites.*

Intervention le 29 mars 1929.

Anesthésie au chloroforme. Incision médiane sous-ombilicale. Fibrome difficile enclavé dans le petit bassin. Section du ligament rond gauche, extériorisation après ligature du pédicule utéro-ovarien gauche, ablation des annexes gauches. Conservation des annexes droites, la trompe est liée tout près de l'ovaire. Pas d'appendicectomie.

Fermeture de la paroi, surjet au catgut 2 en lacet de soulier.

Agrafes sur la peau.

Examen de la malade en septembre 1929, *6 mois après l'opération.*

Elle n'est plus réglée, n'a pas engraissé, n'a ni vertiges, ni bouffées de chaleur, ne souffre pas.

Hystérectomie et ablation des annexes

1° Mme F..., 51 ans. *Fibrome inclus dans le ligament large. Ablation des ovaires.*

Intervention le 2 juin 1927.

Anesthésie à l'éther. Incision médiane sus et sous-ombilicale. En raison du volume de la tumeur, on est obligé de prolonger l'incision jusqu'au milieu de la ligne ombilico-xyphoïdienne. On trouve un fibrome intra-ligamentaire et, au niveau de la dépression on aperçoit le ligament rond épaissi, élargi à tel point qu'à première vue on pourrait croire à une anse intestinale grêle, adhérente à la tumeur. Section du ligament rond très gros, très vasculaire entre 2 ligatures ; on trouve alors le plan de clivage. On commence par libérer la partie supérieure, puis la partie interne, la face postérieure, la portion inférieure et enfin la paroi interne. On libère doucement à la compresse au ras de la tumeur en allant avec précaution en bas et en avant vers la vessie, en bas et en arrière vers l'uretère. Une fois la tumeur énucléé de son enveloppe péritonéale on peut l'extérioriser et trouver l'utérus de dimensions normales mais complètement refoulé à droite, presque dans la fosse iliaque. Ablation de la tumeur et de l'utérus après ligature des pédicules et des utérines. Ablation des annexes. Péritonisation soigneuse ; fermeture rapide aux fils de bronze.

Examen de la malade en septembre 1929, *2 ans, 3 mois après opération.*

Elle n'est plus réglée, a beaucoup engraissé, a des vertiges et des bouffées de chaleur, ne souffre pas.

2° Mme J..., 34 ans. *Salpingite. Ablation des annexes.*

Malade opérée à Paris pour salpingite droite.

Réintervention le 14 octobre 1927. Chloroforme.

Incision médiane sous ombilicale. On trouve, à gauche, une trompe accolée au sigmoïde qu'on peut libérer assez facilement. Cependant au dernier moment elle se rompt et il s'écoule une assez grande quantité de pus (on était bien protégé). Ablation des annexes gauches, conservation de l'utérus. Par mesure de sécurité, on place un petit drain dans le Douglas. Fermeture de la paroi au catgut n° 2, surjet en lacet de soulier.

Examen en septembre 1929.

Elle n'est plus réglée, a engraissé, a des vertiges et bouffées de chaleur, ne souffre pas.

3° Mme R... *Salpingite bi-latérale. Ablation des annexes.*

Intervention le 8 mars 1928.

Anesthésie à l'éther. Incision médiane sous-ombilicale. Adhérences du sigmoïde à l'utérus et aux trompes, adhérences très épaisses par endroits qui nécessitent un sculptage de l'utérus, on y arrive progressivement, on peut alors glisser la main en arrière de la trompe droite et lentement on arrive à le dégager. On commence ensuite à libérer la trompe gauche du milieu vers le bord externe du bassin ; elle est très adhérente au sigmoïde. On fait alors une hystérectomie par le pro-

cédé américain de droite à gauche et on peut libérer la trompe gauche du sigmoïde. Ligature au catgut 2 des pédicules ; fermeture du col au catgut 2. Révision soigneuse du petit bassin, rectum, sigmoïde. Mise en place d'un Mickulicz avec 4 mèches à l'intérieur. Fermeture de la paroi au catgut 2.

Examen en septembre 1929, *18 mois après l'opération.*

Elle n'est plus réglée, a engraissé, n'a plus de vertiges mais des bouffées de chaleur, ne souffre pas. A fait de la neurasthénie pendant plus d'un an.

4° Mme D..., 26 ans. *Fibrome. Ablation des annexes.*

Intervention 16 septembre 1928.

Hystérectomie sub-totale, ablation des ovaires kystiques.

Examen de la malade en septembre 1929, *1 an après l'opération.*

Elle n'est plus réglée, n'a pas engraissé, n'a pas de bouffées de chaleur mais de nombreux vertiges, ne souffre pas.

5° Mme H..., 25 ans. *Kyste de l'ovaire droit. Ablation des annexes, cons. de l'utérus.*

Intervention le 15 juin 1928.

Anesthésie au balsoforme ; incision médiane sous-ombilicale. Ponction du kyste de l'ovaire droit, ablation, double ligature. Côté gauche en voie de transformation kystique, ablation, conservation de l'utérus. Ablation de l'appendice. Fermeture de la paroi au

catgut 2, surjet en lacet de soulier. Agrafes sur la peau.

Examen en septembre 1929, 15 mois après l'opération.

Encore réglée, très peu, n'a pas engraissé, nombreux vertiges et bouffées de chaleur, ne souffre pas mais est déprimée et nerveuse.

6° Mme B.., 29 ans. *Salpingite bi-latérale. Ablation des annexes.*

Intervention le 3 août 1928.

Chloroforme. Incision médiane sous-ombilicale. A l'ouverture de l'abdomen on est obligé de couper de nombreuses adhérences lamelleuses qui cachent le petit bassin et sont tendues entre le cæcum, la fin du grêle et la paroi abdominale antérieure. On constate alors qu'il s'agit d'une rétroversion fixée par une salpingite tuberculeuse. Il y a adhérence du côlon sigmoïde avec la trompe et l'ovaire gauches qu'ils recouvrent ; la libération commencée au ciseau est terminée à la main et l'on arrive assez facilement à extérioriser les annexes gauches. Par contre il est très difficile d'extérioriser les annexes droites qui sont collées dans le Douglas, qui sont adhérentes au rectum ; on y arrive finalement et l'on fait une hystérectomie sub-totale. Fermeture du col ; ligature des pédicules au catgut. On arrive à bien péritoniser le fond du petit bassin. Ablation des ovaires. Toute la face postérieure du vagin et le Douglas sont remplis de granulations tuberculeuses ainsi que le cæcum et l'intestin grêle. Nettoyage

à l'éther. Fermeture au catgut 2 sans drainage. Bourdonnet, points séparés au fil de lin.

Examen de la malade en septembre 1929, *1 an après l'opération.*

Elle n'est plus réglée, a beaucoup engraissé, a de fréquents vertiges mais pas de bouffées de chaleur, souffre peu.

7° Mme T..., 41 ans. *Hystérectomie pour fibrome. Ablation des annexes.*

Intervention le 8 août 1928.

Chloroforme. Incision médiane sous-ombilicale, femme grasse. On trouve un fibrome pédiculé gros comme 2 poings et un autre fibrome enclavé dans le ligament large à droite. Section du ligament rond droit, énucléation du fibrome ; ligature du pédicule utéro-ovarien droit et du ligament rond, ablation de l'ovaire droit. Pinces sur l'utérine droite, hystérectomie, pinces sur l'utérine gauche. Ligature du pédicule utéro-ovarien et du ligament rond gauches, ablation des annexes gauches. Péritonisation. Ablation de l'appendice qui est gros, parcouru de veinosités violettes. Fermeture de la paroi au catgut 2. Points séparés au fil de lin sur la peau.

Examen en septembre 1929, *1 an après l'opération.*

Elle n'est plus réglée, a beaucoup engraissé, n'a ni vertiges, ni bouffées de chaleur, ne souffre pas mais a fait de la neurasthénie pendant plus de 8 mois.

8° Mlle V..., 22 ans. *Salpingite ; hystérectomie. Ablation des annexes.*

Intervention le 10 novembre 1928.

Incision médiane sous-ombilicale. On trouve d'abord l'appendice ayant pénétré dans le petit bassin et serré entre les deux trompes enflammées. Ablation après écrasement et ligature, iodage. Extériorisation facile de la trompe droite malade, ainsi que l'ovaire. Ablation des annexes droites. Extériorisation très pénible de la salpingite gauche. Trompe pleine de pus qui se rompt au moment où on est sur le point de l'extérioriser. Le ligament large gauche est tellement infiltré qu'on ne peut finir d'extérioriser la trompe ; on fait alors l'hystérectomie suivant le procédé américain. Ablation des annexes gauches. Ligatures au catgut 2. Deux points sur l'utérus pour péritoniser, un Mickulicz et un drain. Fermeture de la paroi au catgut 2.

Examen en septembre 1929, *10 mois après l'opération.*

Elle n'est plus réglée, a engraissé, pas de vertiges mais des bouffées de chaleur, ne souffre pas.

9° Mme T...., 47 ans. *Appendicite aiguë, fibrome, kyste Ablation des annexes.*

Intervention le 25 janvier 1929.

Anesthésie au balsoforme. Incision médiane sous-ombilicale. On trouve un appendice gros, accolé au milieu d'adhérences et intimement fusionné à la trompe droite, au-dessous de cette trompe l'ovaire droit est transformé en un kyste hématique gros comme le poing, très

adhérent dans le fond du Douglas et qui se rompt lorsqu'on le libère. Ligature du pédicule du ligament utéro-ovarien droit et du ligament rond ; ablation des annexes droites. Ligature de l'utérine droite. Libération du rectum adhérent à la face postérieure du corps utérin auquel il est accolé. Hystérectomie suivant le procédé américain. Ablation des annexes gauches l'ovaire étant également malade. Appendicectomie; le moignon semble couper sous la ligature, on l'enfouit au moyen d'un surjet en bourse catgut 00. Fermeture de la paroi catgut 2 en lacet de soulier. Bourdonnet et agrafes.

Examen en septembre 1929, 8 *mois après l'opération.*

Elle n'est plus réglée, n'a pas engraissé, a peu de vertiges, mais des bouffées de chaleur, ne souffre pas.

10° Mlle H..., 50 ans. *Fibrome. Ablation des annexes.*

Intervention le 20 mars 1929.

Anesthésie au chloroforme. Incision presque xypho-pubienne. On extériorise le fibrome qui est plus gros que l'utérus d'une femme à terme, l'extrémité supérieure repoussait le foie. Ligature des pédicules utéro-ovariens d'abord, puis libération du péritoine vésico-utérin. Section de l'utérine gauche ; puis on continue par le procédé américain. Section de l'utérine droite. Ablation des annexes. Ligature au catgut 2. Péritonisation facile. On ne touche pas à l'appendice. Fermeture de la paroi aux fils de bronze. Poids du fibrome : 14 liv. 400.

Examen en septembre 1929, *6 mois après l'opération.*

Elle n'est plus réglée, a beaucoup engraissé, n'a pas de vertiges, mais des bouffées de chaleur, ne souffre pas.

TABLEAU COMPARATIF

	Conservation des ovaires	Ablation des ovaires
Douleur post-opératoire	— Aucune douleur post-opératoire.	— Aucune douleur post-opératoire.
Menstruation	3 fois sur 30 = 10 %	Totalement supprimée
Pas d'augmentation de poids	26 fois sur 30 = 86 %	3 fois sur 10 = 30 %
augmentation de poids	4 fois sur 30 = 14 % (10, 12 livres)	7 fois sur 10 = 70 %
Vertiges	7 fois sur 30 = 23 %	5 fois sur 10 = 50 %
Bouffées de chaleur..	8 fois sur 30 = 26,5 %	7 fois sur 10 = 70 %
Influence sur le psychisme	Jamais	2 fois sur 10 = 20 %

CONCLUSIONS

Un principe applicable à toute la chirurgie est le suivant : l'extirpation d'un organe n'est qu'un expédient dans la série du progrès ; l'art ne saurait l'accepter qu'à défaut de ressources meilleures. Ceci est particulièrement vrai pour un organe comme l'ovaire dont le rôle dans l'économie féminine est si important.

Nous pensons qu'il faut à tout prix conserver les annexes. Si on ne peut les conserver des deux côtés, il faut s'efforcer de les garder au moins d'un côté. Nous croyons que le nombre des chirurgiens conservateurs en matière d'hystérectomies augmentera encore quand le rôle de l'ovaire sera mieux mis en lumière, quand les techniques se seront perfectionnées.

Le procédé qui nous paraît actuellement le plus intéressant, le plus satisfaisant comme aussi le plus simple est celui que nous avons décrit. C'est lui qui assure le mieux la vitalité de l'ovaire. Il n'y a, quand on met en œuvre cette technique et quand les conditions que nous avons énoncées sont réalisées, aucun risque à conserver en totalité la trompe et l'ovaire, il n'y a que des inconvénients à les enlever.

Vu, le Doyen,
H. ROGER.

Vu, le Président de la thèse
LEJARS.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Il nous est impossible de faire une bibliographie complète : nous ne rapportons ici que les travaux les plus importants. Seules les publications postérieures à 1914 seront notées : pour celles plus anciennes, il sera facile de se reporter aux bibliographies des thèses antérieures que nous indiquons.

I. — Principales thèses françaises relatives à la question (*Par ordre alphabétique*).

Abrant. — Etude comparative des troubles physiologiques consécutifs à l'hystérectomie simple et à l'oophorohystérectomie (*Th. Paris*, 1899).

Armand. — Le traitement conservateur dans les salpingo-ovarite (*Th. Lyon*, 1911).

Blagny. — De la salpingectomie avec ovariectomie partielle (*Th. Paris*, 1899).

Bonnaud. — Contribution à l'étude des opérations conservatrices dans la tuberculose annexielle (*Th. Lyon*, 1912-1913).

Dalsace. — Altération du métabolisme au cours de la castration (*Th. Paris*, 1926, *Arnette*, éditeur).

Denaves. — Contribution à l'étude de la salpingectomie (*Th. Lyon*, 1912-1913).

Devouassoux. — De la conservation de l'ovaire et de l'utérus après salpingectomie double (*Th. Paris*, 1903-1904).

Daléas. — Accidents tardifs de la castration ovarienne (*Th. Toulouse*, 1922).

Ferry. — Conséquences physiologiques de l'ablation des annexes chez la femme (*Th. Lyon*, 1908).

Gaudart d'Allaines. — Hystérectomie fundique. Technique. Indications, résultats (*Th. Paris*, 1922, *Arnette*, éditeur).

Guès Mme. — Contribution à l'étude du traitement conservateur dans les annexites (*Th. Toulouse*, 1902).

Jarsaillon. — La salpingostomie et autres opérations conservatrices des trompes (*Th. Lyon*, 1899).

Kovatchewitch. — Résultats éloignés de la fundique (*Th. Paris*, 1924).

Labry. — Des opérations conservatrices (*Th. Lyon*, 1926).

Lasmole. — La ménopause post-opératoire (*Th. Bordeaux*, 1927).

Osnos. — Destinées des segments ovariens laissés en place après hystérectomie (*Th. Montpellier*, 1913).

Py. — Avantages du traitement conservateur dans les salpingites (*Th. Montpellier*, 1909).

Robert. — Les résultats des opérations conservatrices dans les annexites chroniques (*Th. Montpellier*, 1911-1912).

Zaleski. — Résultats éloignés après dix ans des oophorectomies et des hystérectomies (*Th. Montpellier*, 1913).

II. — Principaux congrès et sociétés scientifiques où la chirurgie conservatrice a été étudiée (*ordre chronologique*).

XVI[e] Congrès international de médecine, Madrid 1903.

Société de chirurgie, Paris, 7 juin 1905.

Société d'Obstétrique et de Gynécologie et de Pédiatrie, Paris, 1907.

Société chirurgicale de Paris. Bulletin, 1909, p. 179.

XIV[e] Congrès international d'Obstétrique et de Gynécologie, St-Pétersbourg, 1910.

Congrès national français d'Obstétrique, Gynécologie, Pédiatrie, Toulouse, 1910.

Société Gynécologique américaine, mai 1910.

XV[e] Congrès de la Société Obstétricale de France, Paris, octobre 1912.

XXV[e] Congrès de l'Association française de Chirurgie, Nice, 1912.

XVII[e] Congrès International des Sciences Médicales, Londres, 1913.

Société nationale de Médecine, Lyon, mars 1914.

1[er] Congrès de Gynécologie et Obstétrique de langue française, Bruxelles, septembre 1919.

Société Belge Gyn. et Obst. (M. Cheval, Rouffart 1921) juin 1922.

III. — Mémoires et communications de date récente depuis 1914.

Aldrige. — *Am. J. of Obst and Gyn.*, vol. VI, n° 1, juillet 1923.

Brook. — The preservation of ovaries in pelvic surgery (*The Atlantic Med.*, n° 10, juillet 1924).

W. Blair Bell. — Liverpool. Méthodes chirurgicales adoptées pour conserver les bénéfices de la sécrétion interne de l'ovaire (*The Lancet*, 1920, t. CXCIX).

Ehrenfert. — Conservative tendancious in gynécol. therapy (*J. Missouri Med. An.*, St-Louis, 1921, XVIII).

Doleris — *Compte-rendu Soc. Obst. Gynec. Ped.*, Paris, 1907, IX, p. 105.

Folke Kotz.— Acta Gynecologia Scandinavia. Analyse in (*Progrès Médical*, septembre 1925).

Friedlander. — Sur le traitement conservateur en Gynécologie (*Klin. therap. Wochenschrift*, Berlin, 1918).

Graves (Boston). — Conservation de tissu ovarien après hystérectomie (*Surg. Gyn. and obst.*, septembre 1917).

Lenormand et Moulonguet. — *Gyn. et Obst.*, 1920.

W. Shmid. — Opérations conservatrices sur les annexes (*Arch fur Gynæk*, 1920, in *J. chirurg.* 1920).

Tuffier. — Traitement conservateur dans les opérations pour salpingites (*Presse Méd.*, Paris, 1921, n° 3).

Walther. — Résultats éloignés dans les opérations conservatrices pour annexites (*J. Med. et de Chirurg. prat.*, juin 1922).

Ferey D. — De la conservation des ovaires dans l'hystérectomie (*Gazette médicale de France*, Paris, 15 janvier 1929, n° 1, p. 703).

Ferey D. — De la conservation des ovaires dans les hystérectomies (*XXXVIII^e Congrès de l'Association française de chirurgie*, Paris, 7 12, 12 octobre 1929, in *Presse Médicale*, 23 octobre 1929, p. 1381).

1930. St-Amand (Cher). — Imp. A. CLERC.